

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

87

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 février 1892, à 1 heure

Par HENRI DEBOST

Né à Dijon, le 17 avril 1865

DE LA POLYURIE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } DEBOVE, professeur.
 } QUINQUAUD, GILBERT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

87

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 février 1892, à 1 heure

Par HENRI DEBOST

Né à Dijon, le 17 avril 1865

DE LA POLYURIE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } DEBOVE, professeur.
 } QUINQUAUD, GILBERT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLIAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLE Y	POIRIER, chef	RICARD
BRIS SAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTERRER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A M. LE DOCTEUR RENDU

Professeur agrégé de la Faculté
Médecin de l'hôpital Necker

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE PROFESSEUR PINARD

A M. LE DOCTEUR KIRMISSON

Professeur agrégé de la Faculté
Chirurgien des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR ROUTIER

Chirurgien des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR NICAISE

Chirurgien de l'hôpital Laënnec

A M. LE PROFESSEUR LE FORT

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0054

DE LA POLYURIE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS

AVANT-PROPOS

Dans sa thèse d'agrégation, notre maître M. Lancereaux définit la polyurie « un état morbide caractérisé par l'émission exagérée et non passagère d'urine d'un poids spécifique faible, sans sucre ni albumine. »

La notion de l'abaissement de la densité contenue dans cette définition en exclut les différents diabètes insipides avec azoturie ou phosphaturie, et limite la compréhension de la *polyurie simple* aux seuls *faits* où il y a augmentation de la quantité d'eau (hydrurie de Willis). A cet égard, il importe cependant de faire une réserve. En raison de la polyphagie qui accompagne si souvent la polyurie simple, à raison peut-être aussi d'un lavage plus complet des éléments anatomiques (Richet, R. Moutard-Martin), l'excrétion d'une grande quantité d'urine ne va pas, dans la majorité de ces cas, sans une élimination d'une quantité un peu supérieure à la normale des matériaux solubles de l'urine. Il est difficile d'éta-

blir une ligne de démarcation précise entre l'hydrurie simple et la polyurie azoturique par exemple, et l'on ne peut dire exactement où commence l'azoturie.

La conservation de l'état général est à ce point de vue un élément fort important d'appréciation. En tout cas, nous envisageons uniquement ici sous la dénomination de *polyurie* les faits où le liquide excrété en proportion anormale a une densité bien inférieure à la moyenne (1018) et ne contient pas d'éléments étrangers à la composition ordinaire de l'urine.

Depuis longtemps on est éclairé sur les causes occasionnelles de cet état morbide. On l'a vu survenir à la suite de traumatismes, efforts (Frank), coup de pied de cheval (Charcot). Dans une de nos observations nous la verrons être consécutive au traumatisme causé par une balle de revolver.

De même, elle a succédé quelquefois à des émotions vives, à des piqûres d'insectes (abeille, scarabée), à l'immersion brusque dans l'eau froide (observation du malade tombé à la mer, dans les cliniques de Lancereaux). Notre maître a mis également en évidence la fréquence de sa production après les excès alcooliques, et nous en publions plus loin une observation où le début des accidents a coïncidé avec la convalescence d'une fièvre typhoïde. La fièvre intermittente, la syphilis revendiquent aussi une part d'influence dans la production d'un certain nombre de faits.

Ces différentes causes, par leur intensité, peuvent dans certains cas être envisagées comme les seules notions étiologiques à invoquer. L'ébranlement cérébral provoqué par un traumatisme, les modifications nerveuses qui résultent d'une infection peuvent souvent paraître suffisantes pour déterminer

le désordre nerveux permanent dont nous nous occupons.

Toutefois il a paru que l'influence du terrain devait aussi avoir sa part. Déjà Grisolle, Lacombe avaient publié des faits où la polyurie était héréditaire dans une famille. Plus tard on montra sa fréquence chez les individus porteurs de stigmates hystériques, Kraus chez les épileptiques, Ebstein chez les idiots.

De ces considérations s'est dégagée peu à peu cette conception que la polyurie essentielle devait être, elle aussi, considérée comme un stigmate.

Dans la synthèse de l'illustre Morel, la polyurie n'avait pas sa place auprès des signes physiques et psychopathiques de la dégénérescence héréditaire. Elle n'est pas non plus signalée par M. Magnan parmi ses « *syndromes épisodiques* ». La première mention publique de la polyurie envisagée comme syndrome de dégénérescence appartient à M. le professeur agrégé Ballet (Société médicale des hôpitaux, thèse de Taboureaux), et l'on s'étonnera moins de la fréquence de cet état pathologique chez les hystériques si l'on se souvient que la plupart des hystériques sont rangés par le savant médecin parmi les *dégénérés*.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer quelques malades qui nous ont paru fournir une démonstration vivante de cette façon de voir. Ces observations sont la raison d'être de ce modeste travail.

Avant de poursuivre notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre vive gratitude à notre maître M. Lancereaux, pour les enseignements qu'il nous a prodigués et pour la libéralité dont il use à notre égard en nous permettant de publier des observations de son service.

Que M. le Dr Rendu, dont les leçons cliniques ont été pour nous d'un si haut prix, que MM. les professeurs Lefort, Nicaise, Kirmisson, Routier, à qui nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales, veuillent bien agréer également nos sentiments de reconnaissance.

Nous devons aussi une mention particulière de gratitude à M. le professeur Pinard, et son chef de clinique M. le Dr Potocki, qui nous ont initié à l'étude si difficile des accouchements, et ont été pour nous les plus bienveillants des maîtres.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien enfin accepter nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Nos observations personnelles sont au nombre de six. Nous les avons toutes recueillies dans le service, si riche en faits de ce genre, de notre maître M. Lancereaux à l'Hôtel-Dieu. Toutes elles ont trait à des hommes, soit à des jeunes gens, soit à des individus dans l'âge moyen de la vie (31 ans, 32 ans, 27 ans, 37 ans, 19 ans, 24 ans). Chemin faisant, nous mettons en relief, après chaque observation, les stigmates de névropathie ou de dégénérescence présentés par nos malades.

OBSERVATION I (personnelle).

Polyurie par désordre congénital du système nerveux. Embonpoint accusé.

Le nommé B... Léon, âgé de 31 ans, cordonnier, entre le 12 décembre 1891, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, n° 11 *bis*, dans le service de M. Lancereaux.

Mère morte à 39 ans de la poitrine.

Père mort à Bicêtre d'une paralysie générale.

Une sœur a des crises épileptiformes et est chétive. Une autre sœur qu'il a perdue était sourd-muette. Toutes deux moins âgées que lui. Une sœur aînée bien portante.

Lui-même n'a jamais été malade. Il sait lire et écrire, et répond parfaitement aux questions. Mais son intelligence est assez bornée. Il zézaie en parlant. Il est très émotif et pleure pour le moindre motif.

Le malade n'a présenté rien d'anormal durant toute sa période de croissance, aucun phénomène nerveux.

Sans cause occasionnelle, appréciable, il s'est mis à boire et à uriner plus que de mesure, il y a cinq ans. Il ne sait dire si c'est la soif qui a commencé ou la polyurie. Ce qui est certain, c'est que la maladie s'est installée fort lentement. Il pisse de 15 à 32 litres par jour.

24 décembre. — Urine. — Quantité 18 litres.

Densité 1.002

Albumine : 0

Sucre : 0

Réaction acide.

Coloration n° I Vogel.

La polyurie existe aussi bien la nuit que le jour. En dehors de la polydipsie, il présente une polyphagie des plus nettes. Il est souvent forcé de se relever la nuit pour manger. Il remarque que ce sont les jours où il boit le plus que sa polyphagie augmente également, sa polyurie présente d'un jour à l'autre des écarts de 10 litres. Tout soupçon de simulation doit être écarté chez le malade qui a été soumis à ce point de vue, dans un autre service, à une surveillance sévère.

Depuis le début de sa maladie il n'a présenté aucun phénomène nerveux anormal. Il constate cependant que son caractère s'est assombri. Il fuit les distractions et recherche l'isolement.

Il est doué d'un embonpoint un peu exagéré. Il a toujours été gras, même enfant. Le crâne est petit, sans asymétrie appréciable, le front bas et petit, avec des rides profondes, les lèvres épaisses, le prognathisme accusé.

Relevons dans cette observation :

- 1° La paralysie générale du père ;
- 2° Les crises épileptiformes chez une sœur ;
- 3° La surdi-matité chez une autre sœur ;
- 4° La faiblesse de l'intelligence, le zézaïement, l'émotivité ;

5° Comme stigmates physiques, la petitesse du crâne, le front bas et petit, les rides profondes, le prognathisme.

Ce malade est en outre intéressant en ce sens qu'il présente un embonpoint exagéré. Cet embonpoint n'est pas le résultat de la polyphagie, car il existait avant le début de la maladie. Mosler (*Deutsch. med. Woch.*, 1890) a publié dernièrement l'observation d'une jeune fille de 16 ans, d'intelligence retardée, chez laquelle une obésité marquée coexistait avec une polyurie de 5 à 7 litres.

Voss (1890) a publié un fait analogue.

OBSERVATION II (personnelle).

Attaque de coma épileptique. Diabète insipide.

Le nommé Laury Eugène, âgé de 32 ans, garçon boulanger, entre le 15 septembre 1891 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, n° 7 bis, dans le service de M. Lancereaux.

Père mort à 52 ans, n'était pas rhumatisant.

Mère, 59 ans, bien portante. A quelquefois des attaques épileptiformes.

Migraineuse.

Antécédents personnels.— Epitaxis à la puberté. Fièvre typhoïde à 21 ans. Bronchite l'hiver dernier.

Ethylisme depuis qu'il est à Paris (17 ans). Il boit trois litres de vin par jour. Quelquefois des absinthes.

Urines du 15 septembre. — Q.

Color. très clair.

D. 1002.

Sucre : 0.

Alb. 0.

Urée.

Il y a 6 mois le malade qui jusque-là se portait très bien eut des pertes de connaissance survenant ordinairement pendant son travail ; elles survenaient 7 ou 8 fois par nuit (le malade travaillait la nuit). Elles étaient annoncées au malade par une sorte de trémulation du bras droit ; il lui fallait alors s'asseoir immédiatement et il perdait connaissance pendant 2 ou 3 minutes et revenait à lui tout seul, pas de cris, pas de morsures de langue, pas de mouvements convulsifs ; les attaques durèrent environ 2 mois et demi, et cessèrent pour ne plus reparaître. A la suite de ces attaques, il lui resta un mal de tête revenant fréquemment et qu'il compare à une pression générale sur le crâne. A part les malaises la santé était excellente, les forces normales.

Il y a 5 semaines le malade remarqua que la soif et l'appétit augmentaient rapidement ; au début il ne s'en préoccupa pas, s'en félicitait même. Mais la polydipsie augmenta énormément et au bout d'une semaine environ il buvait 15 à 16 litres par jour. Un pharmacien analysa ses urines et n'y trouva pas de sucre. A la même époque ses forces déclinerent rapidement, et le malade perdit tous désirs vénériens (qui d'ailleurs avaient fort diminué depuis 6 mois déjà). Insomnie, fatigue extrême et continuelle. Depuis un mois il a des rêves, des cauchemars, des fourmillements ; pas de pituites ni de crampes.

Abolition du réflexe pharyngien. Réflexe rotulien conservé.

Au dynamomètre : main droite 30 Kg.

main gauche 20 Kg.

Foie volumineux, dépasse de 4 travers de doigt.

Rate grosse.

Rien aux poumons ni au cœur.

A signaler dans cette observation :

1° L'épilepsie chez la mère.

2° L'épilepsie chez le malade.

Il n'existait pas de malformation crânienne apparente.

OBSERVATION III (personnelle).

Polyurie névropathique sans azoturie. Ethylisme avec hypermégalie hépatique et splénique.

Le nommé Albouis, Pierre-Jean, âgé de 27 ans, garçon marchand de vin, entre le 8 septembre 1891, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, n. 5 *bis* dans le service de M. Lancereaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 44 ans du delirium tremens. (Buveur de vin 8 à 10 litres par jour quelque fois).

Buvait déjà depuis longtemps à la naissance de son fils. Le grand-père paternel était aussi un grand buveur de vin.

Mère morte d'une maladie de cœur à 40 ans. Enflée.

Pas de cas de folie dans la famille, sauf un cousin qui est idiot.

Antécédents personnels. — En 1889, est mordu par un chien enragé; suit à l'Institut Pasteur le traitement usité en pareil cas.

Jamais d'attaques de nerf, n'a pas uriné au lit étant jeune. Mais se mettait facilement en colère.

Hygiène. Boit actuellement de 2 à 3 litres de vin par jour. Aurait bu davantage il y a six ans (4 à 5 litres de vin depuis l'âge de 14 ans.

Urines. D. = 1009.

Coloration pâle. Transparentes.

Albumine 0.

Sucre 0.

Coloration rose par acide nitrique.

Entre à l'hôpital pour vertiges, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, dégoût des aliments. Tout cela dure depuis une dizaine de jours. Pas de diarrhée. Pas d'épistaxis.

Quand ces vertiges le prennent il est obligé de s'appuyer contre un mur pour ne pas tomber.

Dit avoir souffert de la faim depuis trois mois qu'il est sans place.

Depuis trois mois a beaucoup maigri.

Examen le 8 septembre 1894.

Myœdème très net. Température 37°. Pouls 52.

La quantité d'urine rendue en 24 heures est d'à peu près 4 litres.

D'après le dire du malade cette polyurie remonte à 5 ou 6 mois.

Urée, 5 gr. 300 par litre.

Cœur : pas de bruit anormal. Bat 52 fois à la minute.

Le pouls est fort. La tension artérielle de 17 cm.

Le foie déborde de trois travers de doigt. Rate.

L'intelligence paraît normale. La tête est bien conformée.

Pupilles dilatées.

Submatité au sommet droit en arrière. Expansion vésiculaire diminuée à ce niveau.

Réflexe plantaire exagéré.

Hypéresthésie des jambes.

Points douloureux abdominaux à l'envergure des nerfs.

Quelque fois pituite le matin.

Trémulation labiale.

Nous signalerons ici :

1° L'alcoolisme du père qui a succombé au delirium tremens. L'idiotisme d'un parent.

2° L'alcoolisme du sujet.

OBSERVATION IV (personnelle).

Polyurie névropathique sans polyphagie (Diabète insipide), 16
litres en 24 heures.

Le nommé Pothier Anatole, âgé de 24 ans, menuisier, entre le 10 mai 1891, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, n° 2, dans le service de M. Lancereaux.

Fièvre typhoïde en février dernier. Apparition de la polyurie vers le 15 mars au moment de la convalescence. Tout d'abord, 7 à 8 litres, et plus tard jusqu'à 22.

Douleur à l'occiput pendant et après la fièvre typhoïde.

Antécédents héréditaires. — Père encore vivant, 70 ans, a eu douleurs articulaires. Bien portant.

Mère morte à la suite de couches, était obèse, avait des varices.

Cinq frères. — L'aîné, qui a 30 ans, est très gros. Les autres se portent bien et ne présentent rien de particulier, intelligents. Grand-père paternel atteint d'aliénation mentale.

Urines. Coloration très pâle.

Réaction très faiblement acide.

Densité, 1004.

Albumine 0,

Sucre 0.

Antécédents personnels. — Fièvres intermittentes à l'âge de 5 ans. Dans sa jeunesse, sujet aux bronchites, aux coryzas, épistaxis fréquentes, céphalées.

Pas d'hémorroïdes.

Prétend n'avoir jamais eu d'attaque de nerf et ne présente aucun accident névropathique.

Réformé au service militaire : faiblesse de constitution et hypertrophie du cœur.

A eu la fièvre typhoïde il y a trois mois. Soigné chez lui.

Aucun accident dans le cours de la maladie.

Auparavant, il ne se levait pas pour uriner.

Epreuve toujours cette douleur à l'occiput, mais elle est moins notable et moins forte.

Rien à noter comme émotion morale ou traumatisme.

Pendant la convalescence, il y a six semaines, s'est aperçu tout d'un coup qu'il urinait beaucoup plus abondamment qu'auparavant, était obligé de se lever cinq, six fois pendant la nuit.

Le besoin se faisait sentir d'une façon pressante, sans qu'il y ait jamais eu incontinence.

Il semblerait d'après lui que la polydipsie fut initiale. Il l'a remarquée avant la polyurie.

En même temps, soif ardente, qui demandait impérieusement satisfaction. Lorsque le besoin de boire se faisait sentir, il était obligé de courir à une fontaine, mais il n'avalait pas beaucoup de liquide à chaque fois.

Dans les premiers temps, la quantité rendue par 24 heures a été de cinq à six litres ; depuis lors, elle n'a fait qu'augmenter et atteint aujourd'hui de quinze à seize litres. A diverses reprises il a uriné un peu moins ; à cette diminution correspondait une aggravation des maux de tête, qu'il ne cesse d'éprouver depuis les six semaines. Pesanteur qui se fait sentir à la partie postérieure de la tête, superficiellement, sans changement nuit et jour. Pas de bourdonnement d'oreilles, pas de vertiges, de temps en temps léger nuage devant les yeux. *Cauchemars* pendant la convalescence de sa fièvre typhoïde. Ses forces augmentaient chaque jour, l'appétit lui revenait. Du jour où sa polyurie s'est montrée, il s'est beaucoup affaibli, l'amaigrissement a été notable. Il y a un mois, il pesait 134 livres, aujourd'hui seulement 122 livres.

Presque pas d'appétit.

Pas de troubles digestifs, pas de constipation.

Physionomie, rien de particulier.

Lobule de l'oreille complètement adhérent.

Artères dures. — Pression mesurée au manomètre sur la radiale gauche donne 19. Pouls normal, 72 pulsations.

Cœur. — La pointe bat du cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Battements sourds, un peu d'hypertrophie. Pas de bruits normaux.

Foie, rien.

Rate, normale.

Quelques ostéophytes au niveau des articulations des doigts.

31 mai. — Depuis 4 ou 5 jours, le malade accuse des tiraillements d'estomac, qui se manifestent toute la journée.

Densité de l'urine 1001.

Les urines de la nuit sont un peu plus troubles et plus foncées que celles du jour. Celles du jour ont une densité de 1004; celles de la nuit 1004,5.

8 juin. — Suppression du bromure. 8 grammes valériane quantité 22.

13 juin. — Valériane 8 grammes, quantité 18 L.

23 juin. — Valériane 12 grammes, 15 L. Densité 1002.

Prétend que dans les premiers mois de sa maladie il aurait maigri d'environ 15 livres.

Les réflexes sont parfaitement conservés.

La sensibilité est intacte.

Rien du côté de la vue.

La coloration du visage est bonne.

Léger myœdème.

Pas d'hémorroïdes ni de douleurs articulaires.

Il prétend avoir perdu ses forces, surtout au commencement de sa maladie. Elles ne sont pas entièrement revenues.

Le malade croit ses forces génitales intactes.

Dynamomètre: Main droite 38 kgs.

Main gauche 35 kgs.

Malgré la quantité énorme d'urée que le malade rend il ne mange pas beaucoup. Il est au régime ordinaire des malades. Toutefois il mange assez de pain.

Analyse du 11 juillet. — Urée par litre = 6 gr. 405.

12 litres d'urine = 76 gr. 8 d'urée.

Analyse du 13 juillet. — Urée par litre 4 gr. 48, par jour 53 gr. 76.

Acide phosphorique par litre 0 gr. 18, par jour 2 gr. 16.

15 juillet. — 13 litres, à 3 grammes 84 d'urée : total 49 grammes 92 en 24 heures.

16 juillet. — Analyse : Q. 13 litres.

Urée 5 gr. 124 par litre	} 66 gr. 56.
Urée en 24 h. :	

3 août. — Avant-hier, à 11 heures du soir, le malade dormait déjà quand il fut réveillé par un mal de tête et des envies de vomir (il avait mangé la veille comme d'habitude). Il a rendu un liquide abondant, comme de l'eau.

Nouveau vomissement hier matin à 8 heures 1/2.

1 gr. 50 d'ipéca.

7 août. — Le malade a de nouveau vomi, dans les mêmes circonstances que le 3 août.

8 août. — Hier dans la journée le malade a vomi plusieurs fois l'eau qu'il buvait. Il n'a pas mangé de la journée, mais un potage le soir.

11 août. — Extr. valériane 25 grammes.

13 août. — Hier nouveaux vomissements, aussi abondants que les précédents, accompagnés du même mal de tête.

16 août. — Céphalée et vomissements. La quantité d'urine est de 11 litres.

17 août. — Céphalée et vomissements. A vomi une cuvette pleine de liquide ressemblant à de l'eau. Quantité d'urine 8 litres 1/2.

Lavement des peintres.

18 août. — Deux selles depuis hier. Le mal de tête a diminué, mais persiste encore un peu. Les vomissements ont cessé.

22 août. — Depuis hier les vomissements ont recommencé. Hier le malade a eu mal à la tête comme les fois précédentes. Un lavement purgatif hier soir. Un lavement ce matin.

26 août. — Les vomissements ont repris hier, et comme toujours ont été précédés d'une recrudescence des douleurs occipitales.

Quantité : 2 litres. Poids du malade 117 livres.

27 août. — Suppression de la valériane. Quantité d'urine, 6 litres $1/2$.

28 août. — Hier a pris deux grammes d'antypirine contre son mal de tête : aucun effet.

2 septembre. — Les vomissements ont repris, ainsi que le mal de tête.

Quantité d'urine 10 litres. Quantité du vomissement 1 litre $1/2$.

La céphalée a été plus intense que les fois précédentes.

Le malade dit n'avoir jamais eu aussi mal à la tête depuis sa fièvre typhoïde.

8 septembre. — Nouveaux vomissements avec accompagnement de maux de tête. Quantité d'urine 12 litres. Densité 1003. Quantité du vomissement 1 litre.

12 septembre. — Vomissements bilieux et maux de tête. Quantité d'urine 7 litres. Vomissements 2 litres $1/2$. Densité 1004.

13 septembre. — Vomissement bilieux. Extrait de valériane 10 grammes. Potion Rivière.

25 septembre. — Dans la nuit, maux d'estomac, avec brûlures, puis le matin, mal au cœur, à la tête et vomissements. Quantité d'urine 9 litres. Densité 1001. Depuis le 15 septembre le malade ne prend plus d'extrait de valériane.

26 septembre. — Mêmes faits à signaler que la veille. Poids du malade 118 livres.

Quantité d'urine 7 litres. Densité 1002.

— Vomissements 3 litres.

Le malade sort, rappelé dans sa famille.

Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons ici qu'un grand-père aliéné.

Le malade a été réformé comme faiblesse de constitution.

Nous aurions hésité à donner ici cette observation, qui est très peu concluante au point de vue de la dégénérescence héréditaire, sans l'intérêt qu'elle présente au point de vue de l'influence de la fièvre typhoïde sur la production de la polyurie. Celle-ci débuta exactement au moment de la convalescence. Ce fait mérite d'être rapproché de ceux de Leteinturier et Niemeyer (polyurie à la suite de la fièvre intermittente), de Kültz (polyurie à la suite de la scarlatine).

OBSERVATION V (personnelle).

Polyurie. Hystérie convulsive. Tentative de suicide.

Le nommé Metier, âgé de 19 ans, coiffeur, entre le 21 octobre, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, n° 14, dans le service de M. Lancereaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'excès de boisson, mais s'étant mis à boire seulement depuis dix ans.

Sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — En juin 1890 il s'est tiré un coup de revolver qui a laissé une trace sur la tempe droite. Plaie qui a saigné et a duré 15 à 20 jours.

Urines. — 1004, ni sucre, ni albumine.

En novembre suivant survient une attaque, avec perte de connaissance, écume à la bouche : le malade se débattait ; trois mois après cette première attaque, une nouvelle, puis une à peu près chaque mois. Et même bientôt tous les quinze jours.

Le malade nous apprend que depuis quinze jours, à la suite de trois attaques épileptiformes répétées, il a commencé à uriner abondamment. La soif vive s'est établie, en même temps que l'inappétence et le dégoût des aliments.

En octobre dernier il a eu la même semaine trois attaques.

A la suite de la troisième, il était très fatigué (elle a eu lieu à 6 h. du matin et a duré 1/4 d'heure).

Durant la journée il était courbaturé, abruti.

Au dire du malade la soif a ouvert la scène, et au soir seulement la polyurie a commencé. Il dit également que depuis sa première crise ses besoins sexuels ont progressivement augmenté.

Il remarque en outre que chaque fois qu'il s'est livré au coït ses crises tendent à être plus fréquentes et réciproquement.

23 octobre. — Diarrhée.

24 octobre. — Les urines sont fort abondantes (16 litres et plus); le malade a pu à peine dormir obligé qu'il était d'uriner fréquemment; il a eu dans ses courts instants de sommeil des cauchemars atroces; il dit qu'il se sent nerveux et que selon lui une crise est imminente.

27 octobre. — On donne au malade 6 grammes de valériane sous cette influence et sous celle de 2 douches froides par jour l'état du malade semble s'améliorer, il se sent moins excité, ses urines baissent quelque peu. Actuellement, le malade se présente avec un très bon faciès, les joues colorées.

Il présente une insensibilité complète dans toute la partie droite de la face : la cornée est à peine sensible; anesthésie pharyngée. Pas de troubles trophiques.

Quand on ferme l'œil gauche il voit trouble de l'œil droit.

Polyurie atteignant 15 à 18 litres chaque jour. 4 grammes chloral.

28 octobre. — Le malade raconte que la nuit il a uriné sous lui, vers minuit il a rendu la valeur d'un verre d'un liquide verdâtre, piteux. Ce matin il se plaint de lourdeur de tête, il est comme ivre, dit-il.

31 octobre. — Au soir le malade a une discussion avec le garçon de salle; on lui signe sa pancarte, et il va partir; pris de

furie il s'élance sur le garçon, un pugilat s'engage, qui dura dix à douze minutes, et on eut beaucoup de peine à préserver le garçon et à le soustraire aux coups du malade, qui aussitôt après fut pris d'une crise qui dura jusqu'à la nuit; puis il s'endormit mais eut des cauchemars terribles (Dans cette crise le malade était renversé en arrière, tout à fait arqué, il n'avait pas d'écume à la bouche);

1^{er} novembre. — Le malade est très fatigué et accuse des douleurs et des picotements dans tous les membres, ses yeux sont injectés.

2 novembre. Le malade souffre de la tête, mais se sent mieux, ses urines atteignent 20 litres.

3 novembre. — Diarrhée abondante (muqueuse et bilieuse) jaunâtre.

4 novembre. — Diarrhée abondante (muqueuse et bilieuse) jaunâtre.

6 novembre. — A mesure qu'on s'éloigne de la date de la crise les urines diminuent; est encore un peu agité la nuit. Il dit avoir depuis sa dernière attaque de continuel sifflements d'oreilles.

10 novembre. — Douleur sourde dans toute la tête, le malade dit avoir des troubles de la vue.

Le père du malade était un buveur.

Lui-même est un hystérique avéré avec hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel.

C'est de plus un violent et un impulsif.

La tentative de suicide ne paraît avoir joué ici que le rôle de cause occasionnelle (traumatisme crânien).

Voici maintenant une sixième observation. Ici, point de stigmates de nervosisme ou de dégénérescence, pas d'hérédité nerveuse, à notre connaissance du moins. A noter, simplement une fièvre typhoïde à 25 ans, très grave et suivie d'une convalescence pénible.

Il n'est pas moins digne de remarque que sur six observations de polyurie simple recueillies par nous dans le même service nous n'en trouvions qu'une seule où l'étiologie nerveuse fassé défaut.

OBSERVATION VI (personnelle).

Diabète insipide.

Le nommé Deffe Alexandre, âgé de 27 ans, chauffeur, entre le 2 avril à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, n° 45 *bis*, dans le service de M. Lancereaux.

Déformation rachitique du thorax.

Fièvre typhoïde à 25 ans, très grave et convalescence longue.

Depuis jamais malade.

Père mort à 78 ans d'une attaque d'apoplexie.

Mère morte à 76 ans, d'asthme.

2 frères et 3 sœurs bien portants.

Urines du 3 avril. — Q. 4500 gr.

Color. pâle.

D. 1010.

Sucre, alb. = 0

Urée = 8,967 gr.

Vers le mois de janvier 1887 le malade, qui se portait très bien et faisait facilement son métier de journalier, sentit ses forces diminuer rapidement, et en même temps apparut une polyurie qui augmenta progressivement et très rapidement au point que 15 jours après il urinait 15 à 18 litres en 24 heures. Les urines étaient très claires et ne produisaient pas de taches sur sa chemise. Simultanément apparurent des troubles oculaires, diminution de la vue, brouillard devant les yeux. Les facultés génésiques baissèrent rapidement, les désirs vénériens disparurent et le malade devint impuissant.

L'appétit et la soif devinrent considérables : il lui fallait deux kilogr. de pain par jour sans compter les autres aliments, et il buvait 4 à 5 litres. Comme ses forces baissaient le malade pour faire son travail était obligé de boire beaucoup de vin et à ce moment il en ingérait 3 à 4 litres par jour. Il perdit sa bonne humeur et devint triste et taciturne.

Cet état resta stationnaire pendant une quinzaine de jours. A ce moment il entra à la Pitié, salle Piorry, où il resta un mois. On lui prescrivit du valérianate d'ammoniaque : les urines diminuèrent et tombèrent à 8 litres, puis au moment de sa sortie à 4 litres. On n'y trouva jamais ni sucre, ni albumine, mais il entendit dire qu'il y avait beaucoup d'urée. Quand il sortit au bout de 10 jours les symptômes avaient fortement diminué, et le malade put reprendre son travail.

Mais bientôt les accidents reparurent avec plus d'intensité, la céphalalgie qui existait depuis le début mais peu intense accrut rapidement, l'urine augmenta, les forces décreurent, et le malade entra à Beaujon où on lui trouva 80 grammes d'urée par litre. Il y resta deux mois, y prit du valérianate et du bromure. En sortit amélioré,

Depuis cette époque l'état resta stationnaire, avec des aggravations ou des rémissions variables. A partir de ce moment les facultés intellectuelles baissèrent rapidement.

A l'heure actuelle, le malade qui est un homme robuste est bien constitué, présente des déformations des ongles des pieds, et une légère rétraction de l'aponévrose palmaire à gauche. Il se plaint en ce moment de sa faiblesse excessive, et surtout d'un mal de tête très violent presque constant, augmentant un peu le soir, qu'il compare à un cercle de fer autour des tempes, et qui lui cause de l'insomnie.

La polyurie est moins forte actuellement, la quantité d'urine oscille entre 5.400 et 5.000. Elle ne contient ni sucre, ni albumine, mais 9 grammes d'urée.

La polydipsie est continue, le malade boit de 3 à 4 litres par jour. Il se réveille la nuit pour boire.

La polyphagie est assez forte, le malade mange 4 portions et est tout juste rassasié. Les fonctions digestives s'accomplissent très bien.

Au début le malade a eu des éruptions cutanées, des furoncles et anthrax. Aujourd'hui on remarque sur les jambes des éruptions ecthymateuses; elles se produisent au moindre prétexte et durent très longtemps.

Les fonctions génitales sont très atteintes. Il n'y a pas anaphrodisie complète, l'érection est possible, mais le malade ne peut éjaculer.

Les fonctions intellectuelles sont fortement diminuées; le malade se fatigue rapidement aux moindres opérations de l'esprit; la mémoire a fortement diminué. Le caractère a changé, et le malade se met facilement en colère sans raison suffisante.

Les réflexes rotuliens sont normaux à gauche et un peu augmentés à droite, le réflexe pharyngien aboli, les réflexes oculaires diminués.

La sensibilité est peu atteinte. Cependant on note une diminution sensible à gauche. De plus le malade se plaint de démangeaisons sur tout le corps et principalement sur les jambes.

La vue est fortement touchée. Strabisme léger depuis le début des accidents. Vue beaucoup moins perçante, surtout à gauche. Pas de diplopie.

Bourdonnements d'oreilles à gauche. Amoindrissement de l'ouïe.

9 juin. — Le malade est renvoyé de la salle pour ivresse.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS SIMILAIRES.

Voici maintenant pour renforcer ce faisceau de faits, les observations analogues que nous avons pu trouver dans les auteurs.

OBSERVATION VII (Rendu).

Polyurie chez un homme adulte porteur de stigmates de dégénérescence ; incontinence nocturne héréditaire dans la famille.

Tout... Joseph, hôpital Necker, salle Chauffard, 30. Service de M. Rendu, septembre 1888.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux, sujet à accès de colère, non alcoolique, mort à 78 ans des suites d'abcès du pied. Mère vivante, bonne santé, mais très nerveuse, *a uriné au lit jusqu'à 7 ans.* Sœur bien portante, a uriné au lit jusqu'à 8 ans ; a deux enfants dont l'un, âgé de 21 ans, se met quelquefois dans de violentes colères, et a uriné la nuit jusqu'à 5 ans.

Un oncle original, sournois, méchant.

Antécédents personnels. — N'a rien présenté d'extraordinaire jusqu'à 6 ans ; à cet âge, *il commença à pisser* au lit ; cela n'a cessé que peu à peu à 19 ans ; encore lui arrive-t-il cinq ou six fois l'an d'avoir de l'incontinence.

Suppurations ganglionnaires du cou vers l'âge de 8 ans ; scarlatine à la même époque. A 20 ans étourdissements fréquents qui le forcèrent à abandonner le métier de maçon. Bronchite en

1887, qui a laissé derrière elle des « étouffements » peu intenses. En août 1880, une nuit, il remarque qu'il pisse beaucoup plus qu'à l'ordinaire, il remplit deux vases ; le soir, il avait bu beaucoup d'eau ; le lendemain, il cherche à modérer sa soif, mais il pisse encore beaucoup, et remplit deux vases dans la nuit ; le surlendemain l'excrétion augmente, il a un peu d'incontinence pendant plusieurs nuits ; il entre alors à l'hôpital.

Etat actuel. — Octobre. C'est un homme maigre, d'intelligence moyenne, présentant une asymétrie des parties inférieures de la face ; la commissure labiale gauche est plus allongée que la droite ; le malade remue plus volontiers et plus facilement ses muscles faciaux du côté gauche. Pas de strabisme visible ; cependant il existe un peu de diplopie avec amblyopie de l'œil droit, que le malade croit consécutives à un choc violent sur le front. Céphalée sus-orbitaire droite, presque continue, apparaissant surtout la nuit ; elle cesse le matin, puis reparait après déjeuner et diminue vers 6 heures du soir ; elle dure depuis 6 mois. Léger alcoolisme, tremblement assez marqué.

Le malade urine actuellement 6 litres par 24 heures, et plus la nuit (presque le double) ; il se lève 7 ou 8 fois par nuit.

Il mange avec appétit, mais sans excès, quelques crampes d'estomac la nuit ; langue bonne ; pas de signes de dilatation.

Cœur, battements sourds ; pas de bruit de galop.

Urines, pas de sucre ni d'albumine.

Quantité, 9 litres le 27 décembre 1888.

Couleur jaune clair, transparente, ne laissant déposer aucun sédiment.

Réaction faiblement acide.

Densité : 1001.

Urée, 4 gr. 099 par litre, 36, 89 par jour.

Chlorure de sodium, 2 gr. 076 par litre, 18, 70 par jour. Acide phosphorique anhydre, 0.358 par litre, 3, 23 par jour. Voici la marche de l'excrétion urinaire évaluée par périodes de jour et de nuit comptées de 6 à 6 heures :

	Jour	Nuit	Total
25 octobre.	— 3 l.	2 l. 1/2	5 l. 1/2
26	— 3	3	6
27.	— 2	3	5

Du 19 au 27, 4 grammes d'ergotine par jour.

A partir du 17, on donne 6 grammes.

	Jour	Nuit	Total
29 octobre.	— 1	2	3
30	— 2	2	4

Les jours suivants on note de grandes différences entre le jour et la nuit, mais il est certain que le malade a perdu l'urine diurne.

Dans les premiers jours de novembre cependant, la polyurie diminue manifestement ; le malade, d'ailleurs, va bien. Le 13, on supprime l'ergotine ; mais le 18, la polyurie reprend plus d'intensité (4 l.). M. Rendu prescrit de nouveau l'ergotine. Dans le courant de ce mois, l'urine est souvent plus abondante la nuit que le jour, quelquefois elle en représente le double.

En décembre, la quantité d'urine atteint 8 litres.

OBSERVATION VIII

Polyurie ayant débuté à l'âge de 19 ans, chez un garçon nerveux, hystérique. Lacombe (th. de Paris, 1841).

Le malade est un garçon de 20 ans, de tempérament lymphatique, la peau fine, les cheveux noirs, sans barbe. On ne signale aucun antécédent héréditaire ; à 10 ans, sans cause reconnue, il éprouve un besoin sans cesse renaissant de prendre des boissons, sa soif était plus vive pendant l'été ; il a souvent pris de la neige et de la glace pour se désaltérer. Appétit ordinaire.

Il a éprouvé de la céphalalgie, des épistaxis, des hémoptysies.

Une maladie aiguë antérieure et une varioloïde ont produit une diminution de la polyurie et de la soif, après quoi la polyurie s'est reproduite.

Ce malade présente en outre un état nerveux particulier accompagné d'accès hystériformes.

OBSERVATION IX

Polyurie simple chez une fille nerveuse de 14 ans, névralgies, pertes de connaissance. — Guérison pas les injections de chlorhydrate de morphine. Bouchut, *Gaz., des Hôp.*, 1877).

B..., 14 ans, entrée le 18 juin 1877, salle Sainte-Catherine. Elle est malade depuis 2 ans, et souffre toujours de l'estomac et du ventre et de la tête. Les gardes-robes sont habituellement naturelles, mais depuis huit jours, elle a un peu de diarrhée. Pas de vomissements, elle mange très peu, et n'a pas d'appétit ; elle a toujours soif et se lève la nuit pour boire ; elle urine beaucoup, à peu près autant qu'elle boit.

Elle est entrée l'année dernière à l'hôpital et en est sortie non guérie. L'enfant a beaucoup maigri, elle a des *battements de cœur* sans souffle valvulaire. Elle ne tousse pas, aucun bruit anormal dans les poumons. Elle a de *violentes névralgies temporales à gauche*, et quand l'accès est un peu fort, elle tombe à terre, sans connaissance, ce qui dure, dit-elle, une demi-heure. Son ventre est un peu douloureux à gauche, mais on n'y sent pas de tumeur. La matité rénale est un peu plus grande que de coutume, et peut-être un peu plus considérable à gauche. Langue naturelle, pas de fièvre.

21 juin. — L'enfant boit trois litres, et urine trois litres de liquide clair comme de l'eau et dont la densité est de zéro. Cette urine ne renferme ni sucre, ni albumine, et elle contient 4 grammes d'urée par litre, ce qui fait 12 grammes par 24 heures.

Le 28 juin. — Des injections hypodermiques de 1 centigramme de morphine ont été faites tous les jours. La soif a un peu diminué et les urines ont cessé d'être aussi abondantes.

1^{er} juillet. — L'enfant est guérie. Exeat le 8 juillet, sans que la soif ou l'exagération de la sécrétion urinaire ait reparu.

OBSERVATION X

Elstein. *Ueber die Beziehungen des diabetes insipidus zu Erkrankungen des nerven systemes*. Polyurie chez un dégénéré.

Un jeune homme m'est amené le 20 juillet 1871 ; il n'y a pas, à proprement parler, de maladie psychique du côté du père ou de la mère ; mais le père et les oncles paternels sont connus comme *gens violents, exaltés*. Le malade a encore *deux frères*, dont un, le plus jeune, est bien portant, et l'autre, âgé de 22 ans, est *stupide, presque idiot*, microcéphale, avec un appétit vraiment bestial. Notre malade, l'aîné des frères, est actuellement âgé de 26 ans, c'est un *garçon violent*. A 14 ans, il a commencé à boire beaucoup d'eau-de-vie, de bière, de vin (il est distillateur).

Au point de vue sexuel, rien d'extraordinaire.

La maladie a débuté en 1868 ; en 1869, il a perdu l'appétit, il est devenu très faible, incapable de s'occuper, de travailler ; il buvait d'énormes quantités de liquide et ne dormait presque pas ; en même temps il s'est plaint d'une toux pénible, douloureuse. En 1874, après une cure de 8 semaines à Carlsbad, il est tellement incapable de penser et d'agir, qu'il est obligé de se faire accompagner pour voyager. A cette époque, il pleurait et sanglotait facilement, avait de la bronchite du sommet droit.

Quantité d'urine énorme, claire comme de l'eau, pesant 1001.

Le malade a été revu au bout d'un an, il paraissait aller mieux ; il buvait cependant encore 12 litres en 24 heures et pissait autant ;

l'urine pesait 1005, ne contenait ni sucre, ni albumine ; la toux avait cessé, il était calme ; mais la moindre cause suffisait à le mettre dans de violentes colères.

OBSERVATION XI

(Guéneau de Mussy. Clin. méd., t. II.

Polyurie chez une jeune fille ; incontinence nocturne d'urine chez la malade et ses frères.

Pendant l'hiver de 1884, je reçus dans mes salles une jeune fille de vingt ans, grasse, ayant au premier abord les apparences de la force, mais la bouffissure et l'empâtement de ses traits, la teinte violâtre de ses joues, la mollesse et la flaccidité de ses chairs portaient l'étiquette du lymphatisme, pendant que la coloration jaunâtre de la peau, autour du nez et de la bouche, accusait un certain degré d'anémie.

Cette jeune fille était tourmentée depuis son enfance par une soif insatiable, ardente ; en même temps elle urinait beaucoup ; elle estimait à 42 litres la quantité qu'elle rendait chaque jour ; après plusieurs jours de traitement efficace elle rendait encore de 6 à 7 litres d'urine.

Pendant toute son enfance, *elle avait eu de l'incontinence nocturne d'urine* ; ses frères et sœurs avaient aussi de *l'incontinence nocturne*. Réglée à 12 ans, elle l'avait été régulièrement depuis cette époque ; le flux cataménial était peu abondant et remplacé après une courte durée par un écoulement leucorrhéique. A chaque époque elle éprouvait de la céphalalgie, des vertiges et un gonflement de la face.

L'appétit était modéré, elle n'a jamais présenté de boulimie. Chaque jour elle buvait 3 ou 4 pots de tisane, et une quantité d'eau qu'elle ne peut exactement apprécier. Elle nous a montré ses deux jambes, deux taches bleuâtres, traces de bulles qui s'y

étaient développées l'an dernier et pour lesquelles elle fut traitée à Saint-Louis. Ces bulles devaient être du pemphigus.

Sous l'influence de la belladone portée successivement de 1 à 6 centigrammes par jour, la quantité d'urine tombe en une quinzaine de jours à 6, 5 et 4 litre et demi.

En même temps bains sulfureux, décoctions de feuilles de noyer à l'intérieur. On suspendit graduellement la médication, la soif avait diminué avant que la diminution des urines fut appréciable.

OBSERVATION XII

Polyurie. Surdi-mutité. Lancereaux (*loc. cit.*, p. 470).

E. S..., âgée de 21 ans, atteinte de surdi-mutité, est amenée à l'Hôtel-Dieu, le 17 juillet, par les agents de la police. C'est une fille peu développée qui est née en Suisse, dans le canton d'Argoire, et qui a une sœur jumelle sourde et muette comme elle, mais d'ailleurs bien portante. De dix enfants, deux jumeaux sont morts à quinze jours, deux autres sont mort-nés. Une sœur aînée est sourde, trois frères se portent bien. Le père et la mère n'avaient dans leur famille ni jumeaux, ni sourds-muets, ni polymiques, du moins au rapport du frère, et ils n'étaient pas pareils.

Le père rhumatisant est mort d'apoplexie, la mère d'une fièvre typhoïde.

Notre jeune personne, faible et délicate, est atteinte depuis sa naissance de polydipsie et de polyurie ; depuis longtemps obligée de se lever la nuit pour boire, elle absorbe aujourd'hui plus de vingt litres de liquide dans les vingt-quatre heures. A l'âge de dix ans, ses parents consultèrent un médecin qui prescrivit l'eau de chaux, mais la polyurie et la polydipsie persistèrent à un tel point que cette pauvre enfant cherchait à étancher sa soif partout où elle se trouvait, dans les ruisseaux et les rivières, et dépensait tout l'argent dont elle pouvait disposer à acheter des

oranges et des citrons. Son appétit est ordinaire, elle est maigre et offre une grande faiblesse.

La quantité des urines, pendant l'espace de trois mois passés à l'hôpital, a oscillé entre 7 et 11 litres, à l'exception d'un jour, où, à la suite d'une attaque d'épilepsie, elle a atteint 17 litres. L'acide gallique, donné à la dose de 2 grammes et de 2 grammes 50, ne produisit aucun résultat.

Le fer et les douches parurent amener une diminution des urines qui tombèrent à 6 litres, mais à ce moment la malade quitta l'hôpital.

OBSERVATION XIII

Polyurie avec malformation cérébrale (Lancereaux, *loc. cit.*).

X..., couché au n° 23 de la salle Saint-Denis, est un garçon de 33 ans, né d'un père bien portant, et d'une mère très nerveuse. Atteint d'accès de fièvre intermittente contractés à l'âge de douze ans, et d'une fièvre typhoïde à vingt-deux ans, puis d'une pleurésie, ce garçon nous présente aujourd'hui les signes d'une intoxication alcoolique légère. Il est faible et de petite taille, avec un crâne peu développé. Pendant son enfance et jusqu'à l'âge de quinze ans, il a eu de l'incontinence d'urine; depuis plusieurs années, il se lève la nuit pour uriner. Bien portant jusqu'alors, il y a deux ans, ce malade se met à maigrir, perd sa gaieté ainsi qu'une partie de son poids (de 112 livres, il est tombé à 85); puis, à partir de ce moment, il commence à perdre la mémoire et la vivacité de ses facultés. Tous ces symptômes se sont accrus depuis un an à l'occasion d'un violent chagrin (mort d'une parente), l'amaigrissement a progressé, les forces ont diminué, les troubles intellectuels se sont accentués, puis, il est survenu une soif vive et l'appétit a augmenté dans de très fortes proportions. En même temps est apparue une céphalalgie vive et très tenace, siégeant sur le côté gauche du crâne.

Lors de son admission à l'hôpital, ce malade a de la peine à soulever son pot de tisane ; au dynamomètre, il marque 15 à droite, 10 à gauche ; il lui est impossible de monter rapidement les escaliers ou de courir sans éprouver de violentes palpitations accompagnées de douleurs précordiales très intenses et d'essoufflement rapide. L'amaigrissement est considérable, les pectoraux font la corde ; toux sèche et rare, pas d'expectoration. Les troubles intellectuels sont surtout accusés depuis janvier.

Le malade a perdu la mémoire au point qu'il est obligé de tout écrire sur son carnet. Il ne sait plus mettre l'orthographe, les moindres opérations intellectuelles sont devenues difficiles, il ne présente aucune idée le suicide ou de persécution et de grandeur.

Il est extrêmement impressionnable, pleure facilement, est très fréquemment pris de faiblesses, de lipothymies qui vont quelquefois jusqu'à la syncope ; par contre, il n'a pas de stigmates d'hystérie.

Les poumons, le cœur, le foie et la rate sont normaux ; les urines, fortement augmentées de volume, se maintiennent entre 4,500 et 5,000 cc., leur coloration est pâle, leur densité 1007 ; la quantité d'urée excrétée varie entre 30 et 35 grammes par vingt-quatre heures. Cet état persiste depuis l'admission du malade dans notre service, sans changement appréciable et malgré la médication. C'est là, en somme, un individu d'une mauvaise conformation encéphalique et qui, depuis sa naissance, présente des désordres divers et particulièrement des troubles de la sécrétion urinaire et de la miction, certainement liés à l'état de son système nerveux.

CHAPITRE III

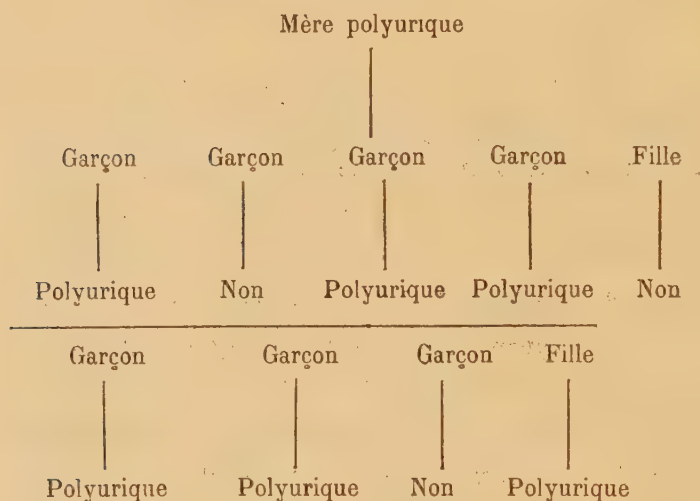
LA DÉGÉNÉRESCENCE HÉRÉDITAIRE CHEZ LES POLYURIQUES.

Il en est de la polyurie comme des autres stigmates des syndromes épisodiques de la dégénérescence : elle est rarement héréditaire sous la même forme clinique. On trouve chez les ascendants des stigmates similaires, des équivalences morbides, mais exceptionnellement la reproduction du même état pathologique. On sait aujourd'hui que le vieil axiome « epilepticus autem genuit epilepticum » consacre une erreur. Cependant l'épilepsie se transmet parfois sous la forme convulsive. La manie par accès, les monomanies du doute et du toucher, parmi les syndrômes psychiques, certains caractères somatiques, se transmettent quelquefois aussi avec la même physionomie.

De même, Lancereaux cite l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans, de bonne santé habituelle, et qui, à la suite du sevrage de son enfant, fut atteinte d'une soif vive avec polyurie simple. Son père et son frère étaient glycosuriques. Le frère mourut du diabète ; le père succomba à une phthisie pulmonaire, et cessait d'être glycosurique quelques jours avant sa mort. Quant à la malade qui présentait les signes d'une tuberculose commençante, elle rendait en moyenne 9 litres d'une urine très pâle, marquant 1000 au densimètre, sans sucre, ni albumine ; l'urée et les chlorures

furent trouvés en quantité normale. La diurèse subit une légère diminution sous l'influence de la valériane. La quantité d'urines tombait à 6 litres par jour, et la densité remontait à 1.006 lorsque la malade fut perdue de vue.

Pain dans sa thèse publie une observation qui est résumée dans le tableau suivant :



Cette observation est très démonstrative, puisque l'hérédité de la polyurie se maintient pendant trois générations.

Mais bien plus souvent, comme on peut s'en assurer en dépouillant nos observations, les antécédents héréditaires ne comportent pas la polyurie.

Rappelons les principaux stigmates physiques qu'il convient de chercher chez les polyuriques et dans leur race, stigmates dont la valeur a été montrée pour la première fois par Morel, et sur lesquels ont insisté les aliénistes de notre génération, au premier rang desquels il convient de citer M. Magnan.

1° La microcéphalie, l'asymétrie du crâne et de la face, la hauteur inégale des sourcils, l'inégale distribution et la profondeur différente des rides des deux côtés de la face, les saillies anormales et unilatérales du front ou des pommettes, la dépression du front, la basse implantation des cheveux ;

2° Le rétrécissement de l'arcade dentaire supérieur, le prognathisme qui en est la conséquence, l'excavation anormale de la voûte palatine dont la courbure ogivale est exagérée, le nanisme dentaire, l'irrégularité et l'imbrication des dents, le zéaiement, la macroglossie, le ptyalisme habituel et la sputation, le bec-de-lièvre ;

3° Les caractères spéciaux tirés de l'examen des oreilles, dont les sillons et les saillies sont effacés, qui s'insèrent en anse sur le crâne et dont le lobule est adhérent.

4° Du côté des organes génitaux l'épispadias et l'hypospadias, la cryptorchidie, la petitesse anormale des testicules, la hernie congénitale.

5° Les malformations des membres, doigts susnuméraires, palmures, pied-bot.

A un autre point de vue, signalons l'imbécillité, les impulsions, la manie par accès, les monomanies (folie du doute avec délire du toucher, kleptomanie, dipsomanie, pysomanie, etc.), l'hystérie maternelle, l'épilepsie, et surtout l'alcoolisme.

Nous ne nous étendrons pas sur l'étude des stigmates. Mais il faut nous rappeler un des principaux caractères de cette classe psychique sur lequel a tant insisté M. Magnan : c'est l'état de perpétuelle « déséquilibration ». Il semble que le dégénéré se dissèque lui-même, dit quelque part le médecin de Sainte-Anne, et qu'il présente à l'observation le fonctionnement isolé de tous les centres nerveux, du haut en bas de l'axe cérébro-spinal.

A l'état normal, les centres fonctionnellement unis se complètent et se modèrent mutuellement; les réflexes médullaires sont modérés par l'influence cérébrale. Les centres psycho-moteurs n'agissent que d'une façon synergique et coordonnée. Chez les déséquilibrés il y a indépendance fonctionnelle complète, et le même malade présentera successivement la suractivité de ces centres isolés ou réunis deux à deux, trois à trois, sans qu'il y ait jamais d'ordre ni d'union, sans que la volonté ni la raison interviennent pour la diriger. On trouve dans la thèse de Legrain nombre d'exemples de cette dissociation.

Il n'y a rien d'illogique à admettre de même une excitation isolée d'un ou des centres de sécrétion urinaire, se traduisant par la polyurie. Ce centre peut fonctionner isolément avec la suractivité propre à cette classe de malades d'une façon continue, mais sujette à d'importantes variations. La polyurie est dès lors constituée, mais comme la plupart des manifestations d'ordre nerveux, il faudra une cause extérieure pour la faire naître, traumatisme, émotion, maladie aiguë. N'est-ce pas ainsi qu'il faut comprendre la polyurie chez les hystériques; qui rentrent dans la classe des dégénérés (Ballet).

Une hypersécrétion spéciale peut à ce point de vue être rapprochée de la polyurie, c'est la sialorrhée des nerveux et des dégénérés. Raquer, Mabilie ont observé la sialorrhée chez des femmes nerveuses hystériques, sans troubles de l'état général. Nous avons suivi pendant plusieurs semaines une sialorrhée intermittente, mais incoercible et d'une extrême abondance chez une nerveuse de 20 ans, non hystérique. Les idiots ont un ptyalisme d'une abondance telle

que l'absence de déglutition ne suffit pas à l'expliquer, pas plus que la présence de végétations adénoïdes comme le veut M. Couétoux. Ce trouble sécrétoire paraît intimement lié à une perturbation dynamique du système nerveux.

Il est une classe d'hommes que l'anthropologie étudie depuis quelques années, et chez qui l'on trouve des caractères morbides assez constants, ce sont les criminels; sous l'impulsion de Lombroso et de ses élèves, de Legrand du Saulle, de Lacassagne, la science du criminel se fonde et s'étend. L'analyse de son caractère, de ses conformations, de ses aptitudes physiologiques, éclairée par l'hérédité, conduit à cette conviction qu'il existe une classe de criminels issus de « fous moraux », qui, nés avec des aptitudes au crime, retombent fatalement dans cette voie, en vertu même des tares psychologiques qu'ils présentent. Ce sont, en un mot, des dégénérés et l'on en retrouve tous les caractères, stigmates somatiques et psychiques, hérédité nerveuse ou mentale grave.

M. Emile Laurent dans une intéressante étude sur les dégénérés dans les prisons montre que cette hérédité est un « fait constant et pour ainsi dire fatal ». C'est l'hystérie maternelle, l'épilepsie, la folie, mais en tête et surtout l'alcoolisme du père dont les résultats ressortent des travaux de Bourneville, Legrain, Nairat Courbemale, et des publications de notre maître M. Lancereaux sur l'alcoolisme et l'absinthisme héréditaires. Il y a bien là une classe de dégénérés qui ont des anomalies du « daltonisme » de la conscience, comme ils ont des anomalies physiques; ce sont de véritables exemples de « tératologie morale » (Laurent).

Or, nous nous sommes demandé si la polyurie nerveuse

ne se retrouvait pas dans cette classe de malades. Nos recherches n'ont pas été vaines, et nous en reproduisons plus loin de remarquables observations.

Voici à ce propos un remarquable passage d'une clinique de Landouzy père à l'hôpital de Reims.

« Un rapprochement me frappe. Ce jeune garçon, atteint de diabète non sucré, a une intelligence très faible et vient d'être condamné pour vol. Or, il y a huit ans se trouvait dans cette même salle un autre garçon de 16 ans, également atteint d'un diabète non sucré, d'une intelligence également très faible, et également condamné pour vol.... D'un autre côté je rapproche de ces deux jeunes gens, trois jeunes filles, toutes trois affectées de diabète non sucré, toutes trois privées d'appétit et ne mangeant qu'avec caprice, toutes trois très intelligentes, mais atteintes de manies inexplicables. »

Voici deux observations ayant trait à cet ordre de faits.

OBSERVATION XIV (Legrain).

Polyurie et incontinence d'urine chez un dégénéré.

M..., 10 ans. *Dégénéré intelligent*; perversions morales et instinctives; tendance au vol et au vagabondage; de temps en temps dépression mélancolique avec idées hypocondriaques.

Stigmates physiques. — Asymétrie crânio-faciale; dents irrégulièrement plantées; développement tardif.

A fait ses besoins au lit jusqu'à 5 ans, puis a uriné au lit d'une façon à peu près continue jusqu'à 9 ans; *dans le jour il vidait sa vessie toutes les demi-heures*. Depuis son entrée, 14 janvier 1881, il a de l'incontinence nocturne assez fréquente et de la pollakiurie dans le jour. Pendant deux mois, la quantité d'urine

recueillie en 24 heures (sauf celle perdue au lit) a oscillé entre 1.500 et 3 litres. Les urines ont été tantôt très claires, tantôt chargées d'urates et de mucus. Ni sucre, ni albumine ; les différents éléments étaient en quantité normale ; mais il y avait un *excès énorme de chlorures*.

Hérédité incomplète : père faible d'esprit, à tendances mélancoliques.

OBSERVATION XV

(Deebrey. *Arch. belges de médecine militaire*, 1859).

Polyurie héréditaire chez un soldat condamné.

Un soldat de 24 ans, de constitution moyenne, lymphatique, plusieurs fois atteint de fièvre palustre, a vu depuis deux ans augmenter considérablement la quantité de ses urines. Il rend actuellement 25 litres d'urine dans les vingt-quatre heures ; elle est claire, très pâle, pesant 1001 ; elle est neutre, ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique ; pas de sucre ; urée normale ; diminution relative des principes solides.

La quantité de boissons prise n'est pas aussi grande que celle de l'urine.

L'embonpoint est assez bien conservé, et le sujet offre presque l'aspect de la santé ; on note seulement la salive rare est épaisse, la bouche pâteuse, une sensation de sécheresse dans le pharynx, peau sèche, sensibilité très grande au froid.

Le malade dit que *sa mère, un frère et deux sœurs*, tous décédés, *ont présenté la même affection*.

Malgré divers traitements commencés en 1854, il présentait, en 1859, les mêmes symptômes.

Il sortit de l'hôpital après avoir obtenu sa grâce ; il urinait moins, après l'usage des préparations solubles de fer (10 litres).

CHAPITRE IV

PHYSIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La physiologie pathologique de la polyurie n'a pas fait de progrès depuis l'expérience de Cl. Bernard.

On a cru alors que tout était expliqué, et instruit par les expériences de Duret produisant par des chocs crâniens des hémorrhagies, des ecchymoses, des phlyctènes sanguines en différents points de l'encéphale, on a admis que *les traumatismes* vulgaires qui produisent la polyurie causaient des épanchements dans le bulbe ou son plancher, épanchements dont la cicatrice continuait à irriter le centre de la sécrétion (Mosler); on cherchait ainsi à ramener tout à une lésion du bulbe; et dernièrement Johannessen interprétant la polyurie consécutive à la piquûre de scarabée, supposait une névrite du spinal remontant à son noyau d'origine atteignant par contiguité les noyaux du vague, de l'acoustique et inférieur du facial (parésie linguale et labiale) et enfin le centre de la polyurie (?)

Mais on ne saurait admettre l'existence d'une *lésion* dans tous ces cas, car elle produirait des phénomènes cérébraux de voisinage des plus graves (or, nous savons qu'ils peuvent manquer complètement après le traumatisme), et si elle existe, elle ne peut subir une régression si spécialement constante au point de se localiser à un territoire de 1 millimètre carré.

Une altération anatomique aussi grossière est donc inacceptable. Le siège ou centre lui-même est douteux, car d'une part la piqûre de Cl. Bernard n'a jamais produit qu'une polyurie transitoire et d'autre part, Schiff, Eckard, Thier- nesse, ont obtenu la polyurie en lésant des parties très différentes de l'encéphale (cervelet, vermis inférieur), en irritant le grand sympathique au cou, les ganglions dorsaux placés sur le trajet des grands splanchniques ; Kahler a constaté la polyurie dans les lésions qui atteignent les portions logées dans les fosses occipitales, et tout l'isthme de l'encéphale. On ne saurait donc localiser le centre de la polyurie ; et il semble que ce soit un mode de réaction spécial à certains sujets à l'égard des traumatismes ou de certaines excitations.

Les deux symptômes les plus frappants de la maladie, augmentation de la quantité d'urine et exagération de la soif, étant unis dans une étroite connexion, il était naturel de se demander quel était le premier trouble en date dans l'évolution morbide. La réponse a été inverse suivant les tendances des observateurs, suivant les cas qu'ils voyaient. Une opinion cependant a d'abord rallié la majorité des auteurs : la soif est le symptôme le plus important ; c'est le besoin et sa satisfaction qui constituent le trouble primitif d'où découlent tous les autres : en un mot, la *polydipsie* est toute la maladie et c'est ainsi que Lacombe intitule sa thèse, sous ce nom que Trousseau publie la clinique relative à ce sujet.

Il semble que les cliniciens aient fui les discussions physiologiques, trouvant plus simple de ne voir là qu'une perversion du goût. Depuis la découverte de Claude Bernard sur la piqûre du quatrième ventricule au contraire, on a cru la question résolue, et c'est avec une foi complète que tous

les auteurs accueillent la théorie de la polyurie par lésion du bulbe.

Parmi les premiers auteurs il faut signaler Lacombe, H. Roger, Bouchut, Guéneau de Mussy, Trousseau, Romberg, qui rapporte le trouble à une « hypérgie viscérale », Külz, qui admet la polydipsie et la polyurie.

Lacombe semble autorisé à admettre cette opinion par l'observation d'une femme qui, après diverses perversions du goût pour les solides, devint polyurique, et il considérait le syndrome comme résultant d'un véritable besoin, aussi est-on étonné qu'il repousse et refuse de comprendre l'opinion de Sauvages qui, admettant comme lui la priorité de la polydipsie, la classait parmi les maladies de la raison (vésanie).

Bouchut écrivait : « La polyurie est la conséquence de la polydipsie. » En effet, les névroses du goût sont nombreuses et admises de tous les médecins. Ce que l'on appelle le pieu, le malacia, la boulimie, la dipsomanie sont des perversions du goût, dans lesquelles se montrent des appétences ou des répulsions particulières pour des choses solides ou liquides qu'on ne mange pas, ou qu'on ne consomme qu'en proportions modérées. On n'empêche pas les chlorotiques de manger du charbon, de la craie, de la terre ou du papier, car elles obéissent à un besoin impérieux.

« La boulimie et l'inappétence sont en certains cas de simples névroses du goût indépendantes des lésions de l'estomac, et quant à la passion des alcooliques, elle naît évidemment du plaisir du goût dont le souvenir impérieux pousse à des besoins qui aboutissent à l'ivresse. Il n'est donc pas déraisonnable de croire que la soif puisse être une

névrose du goût. Ses conséquences sont pour la santé en rapport avec la nature des liquides ingérés. Au goût immodéré de l'eau ou des boissons aqueuses, correspond une abondante sécrétion d'urine, c'est-à-dire la polyurie et l'hypertrophie des reins. »

Ailleurs cependant, Bouchut semble admettre une polyurie primitive, car on le voit signaler la polyurie parmi les symptômes du nervosisme.

« Les urines sont aqueuses, pâles, inodores, abondantes, « surtout au moment des paroxysmes, et leur émission a « lieu très fréquemment. Ce besoin souvent répété est quel- « que chose d'excessivement désagréable, complètement domi- « né par l'état moral. La moindre contrariété, la honte, et « les préoccupations le font naître à chaque instant. C'est le « diabète insipide ou polyurie. »

Guénau de Mussy pose aussi la question de priorité. Il rapporte deux cas où la polydipsie aurait précédé la polyurie et pour lui, la maladie consisterait en une perversion de la soif avec vésanie, « de cet instinct qui appelle l'ingestion des boissons. »

« Il peut y avoir des vésanies de tous les instincts organi- « ques, comme il y a des vésanies des facultés intellectuelles « et des sentiments moraux. La boulimie, la pica, la mala- « cia, sont des aberrations des instincts. »

La polydipsie en est une forme. Cependant il paraît gêné dans cette conception par la clinique : un de ses malades qui guérissait avait diminué sa quantité de boissons avant de voir diminuer son urine ; aussi conclut-il que la clinique ne peut servir à résoudre cette question, que le dosage des quantités respectives d'urine et de boissons est rendu difficile par l'eau

de composition que renferment les aliments solides, et il croit finalement que l'un des deux éléments symptomatiques peut apparaître indifféremment le premier.

C'est avec de pareilles idées que Baudet cherchait à séparer la polyurie de la polydipsie. Pour lui il y a polyurie chaque fois qu'il y a augmentation des matières solides. Cela revient à dire que la polyurie simple n'existe pas. Pour lui toute polyurie qui ne produit pas d'accidents généraux est une polydipsie.

Ces auteurs réduisent donc beaucoup le territoire de la polyurie. Valleix aussi cherchait une caractéristique distinctive : « Dans la polyurie, les urines sont beaucoup plus abondantes que ne le comporte la quantité des boissons. Dans la polydipsie, au contraire, la quantité de l'urine est en proportion de la quantité des liquides ingérés. »

Dans la leçon de Guéneau de Mussy, qui admet les variétés signalées plus haut, on chercherait vainement des observations dont le détail légitimât cette division en polyurie primitive et polyurie secondaire à la vésanie de la soif. Au reste, ces comparaisons entre la dipsomanie et les autres aberrations d'une part, la soif du polyurique d'autre part, sont-elles bien légitimes, ne sont-elles pas plus séduisantes que vraies ? On ne retrouve pas chez le polyurique cette soudaineté, ce besoin impulsif et obsédant, illogique, irraisonné, avec souffrance morale du dipsomane.

« La dipsomanie procède par accès, d'une durée variable, séparés par des intervalles de repos où le malade présente le plus profond dégoût pour les boissons alcooliques » (Legrain).

Le polyurique boit parce qu'il a soif, ce n'est pas chez lui

une question de goût ni d'impulsion. Qu'on supprime brusquement au diposmane ses boissons, qu'on l'enferme, il est pris d'angoisse morale atroce, d'égarement qui le pousserait au suicide, en un mot de troubles purement psychiques variés, mais rien qui ressemble aux troubles psychiques profonds que produit chez un polyurique la suppression brutale de l'eau.

Ce n'est pas impunément en effet qu'on enlèvera à un polyurique totalité ou partie de ses boissons; la polyurie continuant, on le voit rapidement passer par les phases d'un véritable supplice de dessiccation, sa bouche se sèche, sa gorge devient brûlante, les contractions de l'estomac presque à vide provoquent de vives douleurs, la peau se ride, les lèvres se plissent et se gercent.

Il faut rapidement mettre fin à cet état par le rétablissement des boissons en quantité suffisante. Il ne s'agit donc pas là de la satisfaction d'une passion déréglée, ni du besoin ou de l'habitude d'un organe du goût.

La soif n'est pas une sensation locale, c'est une sensation diffuse, généralisée; ce n'est pas le pharynx qui a soif, c'est la cellule, ce sont les tissus de l'organisme troublés dans leur fonctionnement normal. Il y a donc une polyurie primitive. N'est-ce pas une polyurie de cette nature qu'on observe pendant une émotion prolongée, à l'approche d'un danger, d'une épreuve quelconque? Et cependant là il n'y a pas de sensation de soif, ou du moins celle-ci est tardive.

D'autre part l'étude plus attentive des phénomènes concomitants de la polyurie conduit à la même conclusion : telles sont la diminution des exhalations cutanée et pulmonaire, l'émission d'urine souvent plus abondante que les boissons,

comme le montrent les chiffres de Straus et Pribram que nous donnons plus loin, les recherches de Parkes et de Neuffer.

Si on accepte ces résultats, il est difficile de comprendre dans de pareilles conditions la polydipsie primitive, et ce n'est pas une solution que de supposer avec Kaurin que les deux symptômes sont deux effets séparés d'une même cause. Il faut bien mieux admettre avec Sénator, Lecorché « ou « qu'une partie de l'eau en excès est formée par les aliments, « ou qu'il se forme de l'eau directement dans l'économie », ce qui revient à admettre un fonctionnement anormal produisant l'augmentation de l'urine ou en dérivant.

En vain objectera-t-on que la formation exagérée d'eau doit provoquer une élévation de température chez le polyurique.

La température de l'eau suffit à la contrebalancer.

On peut donc admettre un déplacement dans l'activité normale de transformation des ingesta, qui, diminuant d'un côté l'exhalation cutanée et pulmonaire (Neuffer), augmente par compensation l'excrétion urinaire. Aussi Lancereaux conclut-il que « force est de chercher dans la fonction urinaire la « raison d'être de la polyurie. »

Au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique, il y aurait lieu de rechercher ultérieurement aux autopsies de polyuriques, surtout quand l'hérédité de dégénérescence est évidente, les malformations de la base du crâne décrites par Lasègue chez les épileptiques, et notamment les irrégularités ou l'étroitesse du trou occipital qui peuvent influencer le bulbe d'une façon qu'il est aisé de comprendre.

Malgré les autopsies de Robert et de Lancereaux, nous ne savons pas exactement quelles sont les conditions anatomiques du rein dans la polyurie, il est certain qu'il n'y a pas de lésions primitives, mais l'exagération fonctionnelle doit produire des modifications quelconques, soit dans le système vasculaire, soit dans l'épithélium de la glande. M. Tuffier a montré qu'après la résection d'une portion du rein sur un chien, la portion qui continue à sécréter subit une hypertrophie vraie portant sur tous les éléments de l'organe ; les tubes contournés sont plus larges, leur épithélium est plus volumineux, les glomérules sont hypertrophiés ; les tubes excréteurs sont dilatés, les vaisseaux sont plus gros, et tout dans l'organe témoigne d'une suractivité fonctionnelle intense sans aucune trace de phlegmasie aiguë ou chronique (Guyon et Tuffier). Cela était facile à prévoir, car l'exagération de la fonction n'implique nullement l'inflammation : elle peut tout au plus la favoriser.

Mais l'hypertrophie si elle existe dans la polyurie simple ne doit porter que sur l'élément vasculaire ; car il n'y a suractivité du rein qu'au point de vue de l'excrétion de l'eau ; les éléments fixes n'étant pas ordinairement augmentés.

Il y a à peine deux ou trois autopsies instructives à ce point de vue, celles qui ont été publiées ont trait pour la plupart à des polyuries symptomatiques. Les plus démonstratives sont celle de Keiner (reins intacts chez une phthisique de 26 ans morte après 10 ou 11 ans de polyurie), et celle de Pribram ; garçon de 14 ans, polyurique depuis plus d'un an ; on ne trouva pas trace d'altération des canalicules malgré un examen très soigneux des coupes à l'état frais et après durcissement.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION CLINIQUE. PRONOSTIC.

Il serait oiseux de refaire, à propos de nos malades, la symptomatologie complète de l'hydrurie au point de vue des caractères physico-chimiques de l'urine et des modifications organiques qui peuvent résulter de l'absorption quotidienne d'une énorme quantité de liquide. On en trouvera le tableau magistralement tracé dans le récent volume des cliniques de M. Lancereaux. Nous voulons seulement indiquer brièvement le mode suivant lequel évolue la maladie, et quel en est le pronostic.

A ce point de vue, une remarque nous paraît importante à faire. Chez les dégénérés héréditaires, on peut voir survenir une polyurie avec glycosurie, un véritable diabète. Or, celui-ci prend chez ces individus tous les caractères du *diabète traumatique*, et offre une remarquable bénignité. Les malades sont exposés aux dangers de la glycémie, mais leur diabète n'est pas cachectisant. Et il est bien digne d'intérêt de voir que l'adjonction de la glycosurie à la polyurie chez les dégénérés ne suffit pas à changer considérablement le pronostic.

On peut voir en ce moment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître M. Lancereaux, un individu qui en est un exemple remarquable.

Voici son observation :

OBSERVATION XVI

Polyurie et glycosurie chez un dégénéré héréditaire (père suicidé, deux frères fous ; malformation crânienne (Lancereaux).

B..., journalier, âgé de trente-neuf ans, a perdu son père d'un suicide pour perte de la vision, et sa mère d'une anasarque. De cinq frères et sœurs, il en a deux qui sont fous. Ce malade, qui n'a eu ni migraines, ni épistaxis, ni rhumatisme, ni varices, ni hémorroïdes, reconnaît avoir uriné dans le lit jusqu'à l'âge de quatre ans, et avoir été obligé, depuis lors, de se lever deux à trois fois toutes les nuits (polyurie dès l'enfance). Il n'a jamais eu de syphilis, mais deux bronchites, l'une à vingt-sept, l'autre à vingt-neuf ans. Ces accidents ne l'empêchaient pas de travailler, quand, en 1886, il s'aperçut qu'il se fatiguait facilement. L'année suivante, il était atteint en novembre d'une fluxion de poitrine à la suite de laquelle on constatait l'existence d'une glycosurie (24 février 1888). A cette époque ce malade buvait et mangeait beaucoup sans parvenir à calmer sa faim et sa soif ; il urinait abondamment et fut soumis à un régime durant trois mois ; il maigrit quelque peu et, sur la fin de l'année 1889, il était admis dans le service du Dr Charcot qui lui reconnut une glycosurie des plus abondantes et des accidents nerveux, qu'il rattacha au *tabès*. Pendant son séjour à la Salpêtrière, ce malade vit la quantité de glycose des vingt-quatre heures s'élever au chiffre énorme de 1 kil. 025, celle de l'urée oscillant entre 100 et 91 grammes ; il aurait eu, de plus, une double otite suppurée, avec perforation des deux tympans. Le 12 juillet 1890, il quittait cet hôpital et, le 23, il entra à la Pitié, où il resta jusqu'à la fin d'octobre 1890. Depuis ce moment, jusqu'à son entrée dans notre service à l'Hôtel-Dieu, le 13 juillet 1891, il se remit au travail, mais il fut obligé

de changer de profession à cause d'un trouble profond de la vision qui s'accroît d'une façon progressive et rapide.

C'est un homme petit, ayant à peine la taille requise pour le service militaire, imberbe, à part une moustache peu fournie, qui a les lobules des oreilles adhérents et les pieds plats.

Il entend difficilement depuis son enfance et aujourd'hui il est presque entièrement sourd et voit à peine, car ses yeux sont atteints d'une double cataracte; sa tête est petite, mal conformée, aplatie en arrière, son intelligence est faible, mais il sait lire et écrire, et sa mémoire lui permet de nous renseigner sur sa maladie.

Les poumons, le cœur et les viscères abdominaux sont intacts, les artères temporales légèrement dilatées. Le malade, dont le poids pendant son séjour à la Salpêtrière, a oscillé entre 47 et 58 kilogrammes, pèse aujourd'hui 51 kilogrammes. Il raconte qu'il a maigri et que ses forces ont diminué depuis le début de sa maladie, il marque 13 de chaque côté au dynamomètre, il marche bien, avec un peu d'hésitation toutefois, ce qui paraît tenir à la cécité. Il ne se plaint d'aucune souffrance, si ce n'est la nuit, d'une vive sensation de brûlure dans les deux pieds, qui l'oblige pour dormir à les mettre hors des couvertures, et cependant, lorsqu'il vient à les palper, il les trouve plus froids que ses mains. Ses facultés génitales ont notablement diminué depuis deux ans surtout; il a à peine des désirs sexuels, et cependant, les rapports, très rares aujourd'hui, sont toujours possibles.

L'appétit est fort, car ce malade mange chaque jour : 250 grammes de pain de gluten, 1 kilogramme de pain ordinaire, 1500 grammes de viande et des légumes verts; il boit environ 8 litres de liquide et urine en moyenne 10 litres. L'analyse des urines, faite par le pharmacien du service a donné :

Le 21, avant le régime.

Quantité.	13 litres dans les 24 heures.
Urée	135 grammes.
Sucre.	958 »

Le 10 août après le régime.

Quantité.	40 litres.
Urée	153 grammes.
Sucre.	639 »

La polyurie d'origine nerveuse est essentiellement chronique, en règle générale elle ne guérit pas. Bouchut signal^e un cas de guérison par les injections de morphine ; Lunin, un autre guéri après 9 ans de maladie par différents traitements. Un malade de Desgranges aurait guéri après un vésicatoire suppuré appliqué dans le cours d'une pleurésie ; mais comme ces guérisons n'ont pas été suivies, on peut douter qu'elles aient été définitives. Le plus souvent donc, la polyurie existe encore 20, 30, 40 ans après son début, laissant généralement son porteur en assez bon état. Le malade de Bidard, polyurique depuis 19 ans, « est bien constitué, quoique lymphatique » ; un autre de 32 ans (Desgranges), malade depuis l'âge de 4 ans est « peu vigoureux, d'appétit normal, les gencives décolorées ».

Un homme de 53 ans, polyurique depuis l'enfance, est maigre, avec le thorax peu développé, mais il n'est jamais malade.

La mort qui est rarement signalée résulte de cause accidentelle ; un enfant est mort subitement après avoir pris une solution de nitrate de potasse, substance non toxique (J. Franck).

La polyurie présente de notables variations dans son cours, les maladies fébriles aiguës la diminuent ou la suppriment ; cependant Dickinson, Van der Heijden, Külz, ont constaté l'inefficacité d'une scarlatine, d'une pleurésie, d'une rougeole et d'un érysipèle.

La volonté ne peut avoir qu'une action très limitée sur le syndrome. Külz rapporte qu'il ne put, malgré la promesse d'une forte récompense, obtenir d'une enfant intelligente qu'elle supprimât l'eau pendant une nuit ; cependant Pribram, Geigel, partant de cette idée que l'habitude augmente le besoin des boissons, ont montré que l'on peut diminuer un peu et progressivement le liquide.

Polyurie héréditaire. — Les observations ne disent ni à quel âge, ni sous quelle influence s'est développé le premier cas dans ces familles polyuriques. Mais nous savons qu'une fois établie, l'hérédité s'étend à un grand nombre de descendants, indifféremment garçons et filles ; elle peut sauter une génération (S. Gée, Weil). Elle débute dans le jeune âge, souvent dès la période d'allaitement.

On ne peut rattacher cette maladie à une diathèse ou un tempérament quelconque ; on trouve bien dans l'observation de Pain, des tuberculeux, des scrofuleux, le plus polyurique étant aussi le plus scrofuleux, mais la grande abondance des phosphates dans la seule urine analysée (4. 75 pour un enfant) nous fait croire dans ce cas ou à une polyurie symptomatique, ou à la coïncidence de la tuberculose et de la polyurie héréditaire.

Weil donne en effet un tableau bien différent : famille de gens vigoureux et sains où tous les hommes font le service militaire, où on vit vieux ; les polyuriques décédés ont succombé à une maladie accidentelle. L'intelligence est normale ; peu de maladies mentales, pas de névroses. Cependant on ne peut s'empêcher de remarquer la poly-mortalité des jeunes (14 sur 91 membres) et quelques anomalies, comme

un doigt surnuméraire, une ectopie testiculaire, une hernie inguinale droite chez un garçon de cinq ans.

Cette polyurie est donc compatible avec le meilleur état de santé.

On voit que le pronostic de la polyurie nerveuse, telle que nous la comprenons, dégagée de toute lésion rénale, est relativement bon.

Bouchut dit au contraire : « La polyurie est une maladie grave qui entraîne souvent la mort par consommation et à la suite d'accidents comateux sans paralysie, j'ai vu mourir plusieurs enfants de cette façon au bout de plusieurs années, mais j'en ai vu guérir d'autres ». Ces accidents comateux ressemblent beaucoup à l'urémie, et on peut croire que ces polyuries devaient accompagner de l'albuminurie ou de la glycosurie : malheureusement on ne trouve dans les œuvres de Bouchut aucune observation à l'appui de cette conclusion ; une seule (*Traité des maladies des enfants*, 6^e édit. p. 679) a trait à des enfants qui avaient été glycosuriques. Crapart, H. Roger, donnent un pronostic des plus mauvais ; mais à l'examen des observations qui suivent cette affirmation on s'aperçoit qu'elles concernent trois cas d'albuminurie, dont deux avec lésions rétinienne et avec cystite purulente.

Il faut donc concevoir le pronostic comme Robert, qui considère la polyurie comme beaucoup moins grave, et conclure comme Sénator que la guérison des cas simples sans complications est rare, mais que la mort est encore plus rare.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Beale.** — De l'urine, trad. franç. Paris, 1865.
- Cl. Bernard.** — Leçons sur le diabète. Paris, 1877.
- Leçons de physiologie expérimentale, 1854-1855.
T. I.
- Bernstein-Kohan** (M^{lle}). — Du diabète traumatique. Th.
Paris, 1890.
- Bouchut.** — Traité du nervosisme, p. 244.
- Leçon clinique, in Gaz. des Hôpitaux, nov. 1877.
- Burger.** — Deutsch Arch. f. Klin. med., 1873. Vol. II.
- Couétoux.** — Revue gén. de clinique et de thérapeutique.
Déc. 1888.
- Crapart.** — Th. Paris, 1865.
- Cufler.** — Art. Polyurie du nouveau Dict. de méd. et de chir.
pratiques.
- Da Costa.** — Diabète insipide guéri par l'orgot de seigle.
Medical News, 28-sept. 1889.
- Ebstein.** — Ueber die Beziehungen des diabetes insipidus zu
Erkrankungen der Nervensystems. Deutsch Arch. f.
Klin. med., 1877.
- Eckard.** — Beiträge f. Anat. und. Physiol., 1867.
- Edgren.** — Deux cas de diabète insipide (Nordiskt med. Arch.,
1891).
- Cas de diabète insipide avec destruction partielle du
noyau lenticulaire et de la capsule interne (Nord. méd.
Arch., 1890).
- Fraser.** — On diabetes. London hosp. Reports, 1868.
- Galéowski.** — Etudes ophtalmoscopiques sur les altérations
du nerf optique. Paris, 1865.
- Geigel.** — Arch. f. Klin. med., 1885.
- Grancher.** — Gazette médicale de Paris, 9 juin 1888.

- Griesinger.** — Studien ueber diabetes (Arch. f. physiol. Heilk, 1859).
- L. Guinon.** — Troubles urinaires de l'enfance. Th. Paris, 1829.
- G. Guinon.** — Les agents provocateurs de l'hystérie. Th. Paris, 1889.
- Noël Guéneau de Mussy.** — Clinique médicale. T. II, Paris, 1875.
- Kahler.** — La polyurie persistante considérée comme symptôme cérébral en foyer. Zeitschr. f. Heilk., 1888.
- Kien.** — De la polyurie. Th. Strasbourg, 1865.
- Kiener.** — Physiologie de la polyurie. Th. Strasbourg, 1866.
- Küsse et Duval.** — Manuel de physiologie.
- Kulz.** — Beitrage zur Hydrurie und meliturie Marburg, 1872.
- Gerhardt's Haudbach, vol. III, 1878.
- Lancereaux.** — De la polyurie. Th. agrégation, 1869.
- La polyurie simple et ses variétés (Ann. des mal. des org. génito-urinaires, août 1890).
- Leçons de clinique médicale. T. I. V^{ve} Babé, Paris, 1892.
- Lasèque.** — Etudes médicales.
- Arch. gén. de méd., 1866.
- Lacombe.** — Th. Paris, 1841.
- Laurent.** — Ann. de l'anthropologie criminelle, nov. 1888.
- Linden.** — Diabète insipide avec aspermée et impuissance (in Revue des S. Méd. janvier 1892).
- Legrain.** — Th. de Paris, 1886.
- Mabille.** Annales médico-psychologiques, 1885.
- Magnan.** — De la folie héréditaire. Journal des connaissances méd., nov. 1885.
- Maucotel.** — Th. Paris, 1883.
- Mosler.** — Diabètes insipides und adipositas universalis (Deutsch. med. Woch., 1890).

- Morel.** — Traité des dégénérescences.
- Neuffer.** — Diabetes insipidus. Tg. de Tubingus, 1836.
- Neuschler.** — Beitrag zur Kenntniss der einfach, etc. (Arch. z. Forderung d. Wissenschaft. Heilkunde, 1861).
- Potain.** — Sur un cas de polyurie (Union médicale, février 1891).
- De l'hydrurie (Semaine Méd., janvier 1891).
- M. Roberts.** — A practical treatise on urinary and renal diseases. Loudon, 1865.
- Germain Sée.** — Gazette des hôpitaux, 1866.
- Straus.** — Die einfache zuckerlose Harmuhr (Inaug. diss. Tubingen, 1870).
- Taboureau.** — Th. Paris, 1888.
- Trousseau.** — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. II.
- Voisin.** — Les troubles psychiques des dégénérés héréditaires (Gaz. Hôp., avril 1890).
- Voss.** — Un cas de diabète insipide avec adipose généralisée (Tubingen, 1890).
- Westphal.** — Cas de diabète insipide (Berliner Klin. Woch., 1889).
- Weil.** — De la forme héréditaire du diabète insipide. Gaz. méd., Paris, 1883 p. 515.
- Weikart.** — Arch. f. Heilkunde, t. I, 1860.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE

Vu pour le Doyen,
L'Assesseur,
JACCOUD

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

